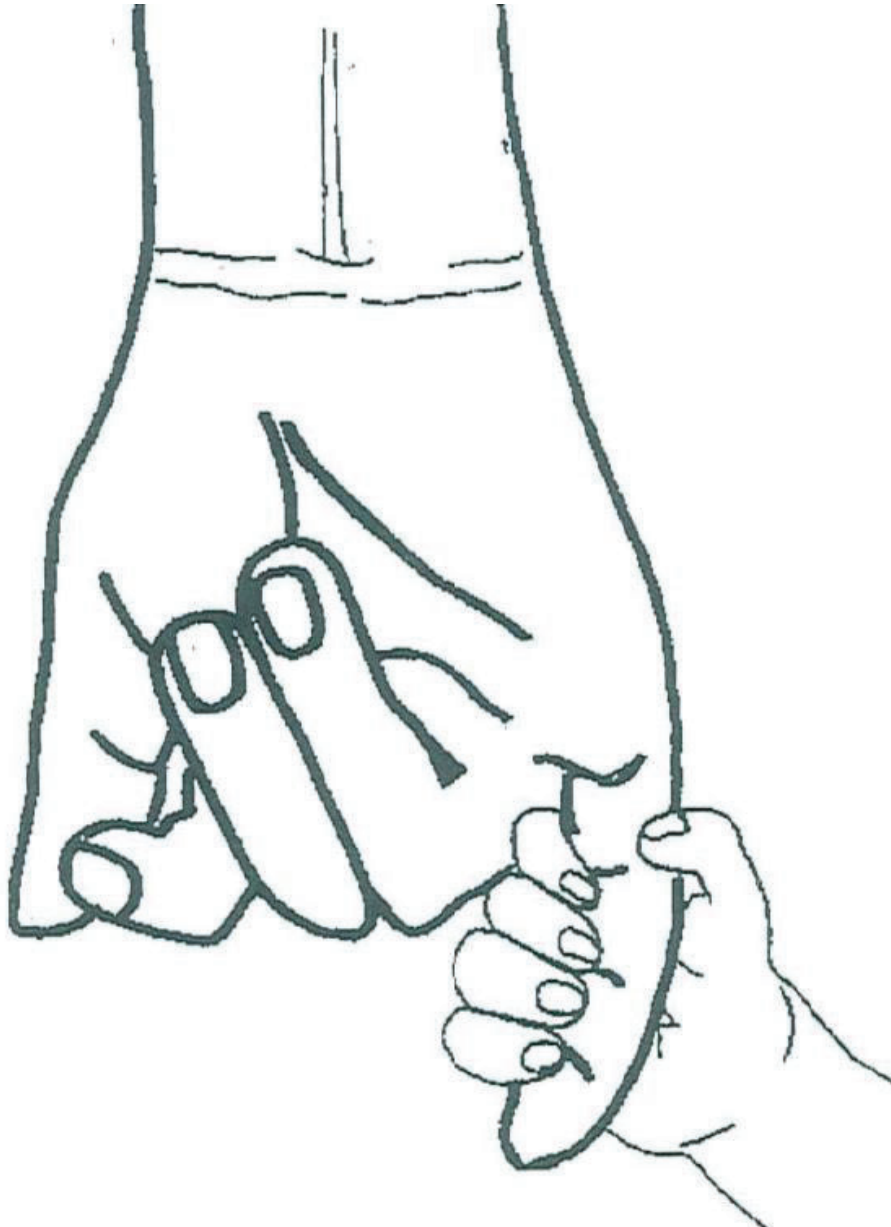


Handout om handkirurgi för primärvårdsläkare inom Region Dalarna



Upprättat av Cornelia Borchert, ST-läkare
Godkänt av Daniel Muder, överläkare och specialist i handkirurgi,
Ortopediska kliniken, Falu lasarett

2021-02-19

Innehållsförteckning

▪ Förord	
▪ Kontaktuppgifter till ortopedimottagningen och arbetsterapeut	3
▪ Remiss till handkirurgen - vad ska den innehålla?	4

Anatomi

▪ Handskelett	5
▪ Anatomiska begrepp	6
▪ Handledens viktiga ligament	7
▪ Sensorisk innervation	8
▪ Handens sträcksenor	9
▪ Handens böjsenor	10
▪ Hur undersöker man för att skilja mellan djupa och ytliga flexorsenan	11

Handläggning av vanliga diagnoser

Kroniska handsjukdomar

▪ Ganglion och mukoidcystor	12, 13
▪ Triggerfinger	14, 15
▪ De Quervain	16, 17
▪ Tumbasartros	18, 19
▪ Karpaltunnelsyndrom	20, 21
▪ Hög ulnariskompression	22
▪ Dupuytren's kontraktur	23, 24

Akuta skador

▪ Sen-och nervskador	25
▪ Fingerledstrauma	
○ Trauma mot dig 2 - 5	26,27
○ Trauma mot dig 1 Skidåkartumme	27, 28
▪ Sträcksenruptur	28
▪ Handledstrauma	29

Referenser	30
-------------------	----

Bästa kollegor!

Ni som jobbar inom primärvården träffar många patienter med handsjukdomar. För att vårdkedjan ska fungera så bra som möjligt krävs det ett bra samarbete mellan oss.

De sista åren har antalet inkommande remisser till oss med frågeställningar angående handsjukdomar stadigt ökat. Majoriteten av de remitterade patienterna har diagnoser som vi tror att ni inom primärvården kan börja åtgärda.

Detta informationsblad ska vara till hjälp och ge vägledning för de "vanliga" handsjukdomarna och deras behandling. Det innehåller information om vilka interventioner som är lämpliga att genomföra i primärvården, vilka åtgärder ni ska inleda innan ni remitterar och när ni ska remittera direkt till oss på ortopeden/handkirurgen.

Kontaktuppgifter

Falu lasarett växel	Internt 08, externt 023-492 000
Ortopedimottagning Falun	Vid frågor angående gips eller tidsbokning Internt 92641, externt 023-492641
Mora	0250-49 30 00
Arbetsterapeut	Vid frågor angående rehabilitering av handkirurgiska sjukdomar kontaktas arbetsterapeut som jobbar mot respektive vårdcentral. Det finns behandlingsriktlinjer och patientinformation för olika diagnoser som de följer. De finns att tillgå på INTRA http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/AR000057

Remiss till handkirurgen, ortopedkliniken

Vilken information behövs?

För att bättre kunna bedöma inkommande remisser behöver vi nedanstående information om patientens hälsotillstånd.

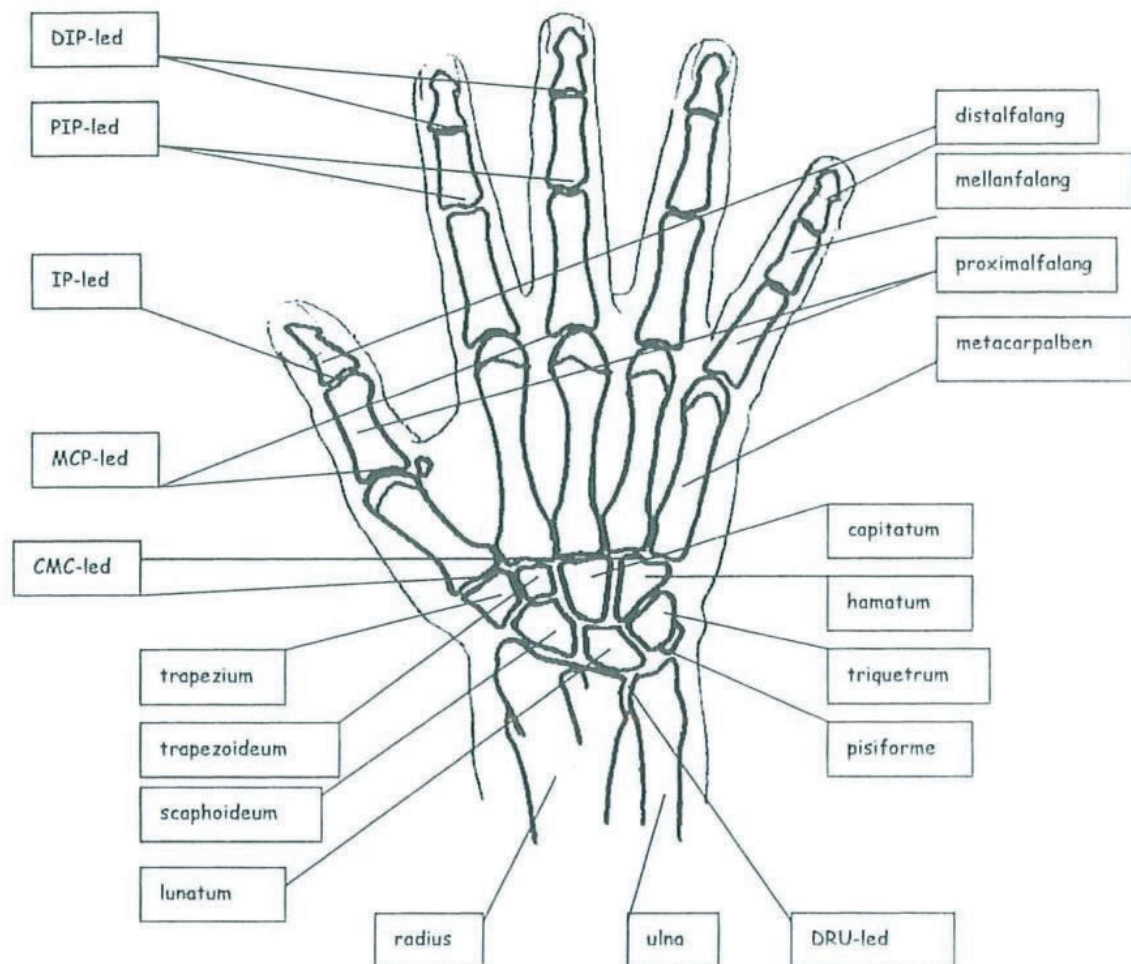
Alla remisser ska innehålla information om

- handstatus
 - vilken sida? höger, vänster eller bilateralt
 - hudförändringar, deformation, nedsatt rörelse, cirkulation, känsel, smärtlokalisering
- smärtanamnes
 - uppgifter om smärta, dess intensitet (t ex permanent smärta, nattliga besvär, värk vid belastning)
- patientens yrke
 - aktuell nedsatt arbetsförmåga på grund av handsjukdom omfattning av sjukskrivning och period
- diagnostik
 - röntgenfynd, EMG-svar med mera
- bakgrund
 - allmän status
 - övriga sjukdomar
 - läkemedel
 - har patienten en etablerad kontakt med antingen arbetsterapeut eller sjukgymnast?
- kontaktuppgifter
 - aktuella telefonnummer och mobilnummer

Vi ber er att författa en remiss och inte enbart bifoga journalkopior.

Anatomi

Handskelett



DIP- led	Distal interfalangealled
PIP- led	Proximal interfalangealled
IP- led	Interfalangealled dig 1
MCP-led	Metakarpofalangealled
CMC-led	Karpometakarpalled
DRU-led	Distal radioulnarled

Anatomiska begrepp

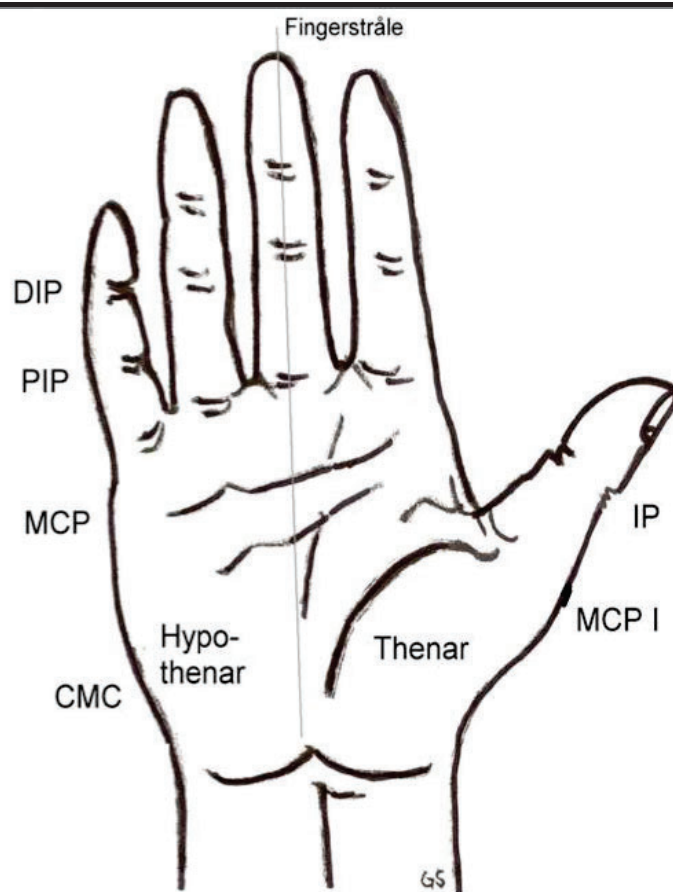
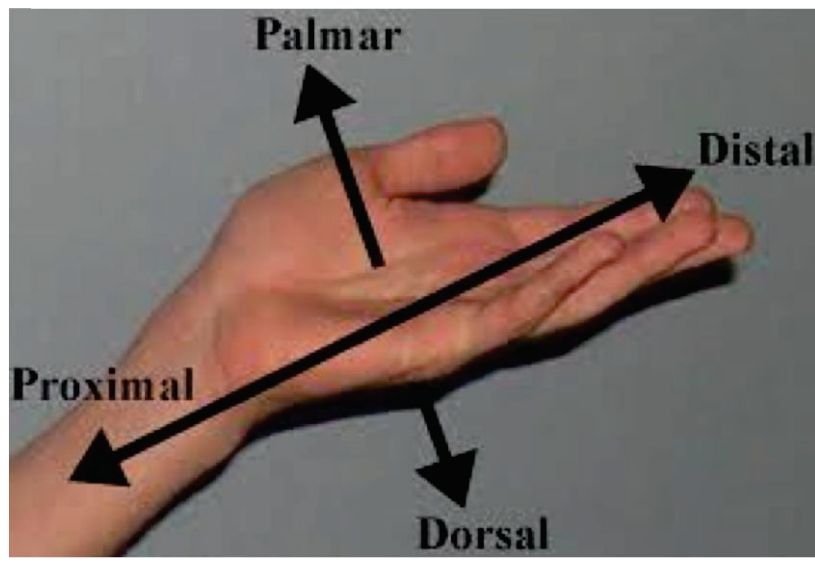
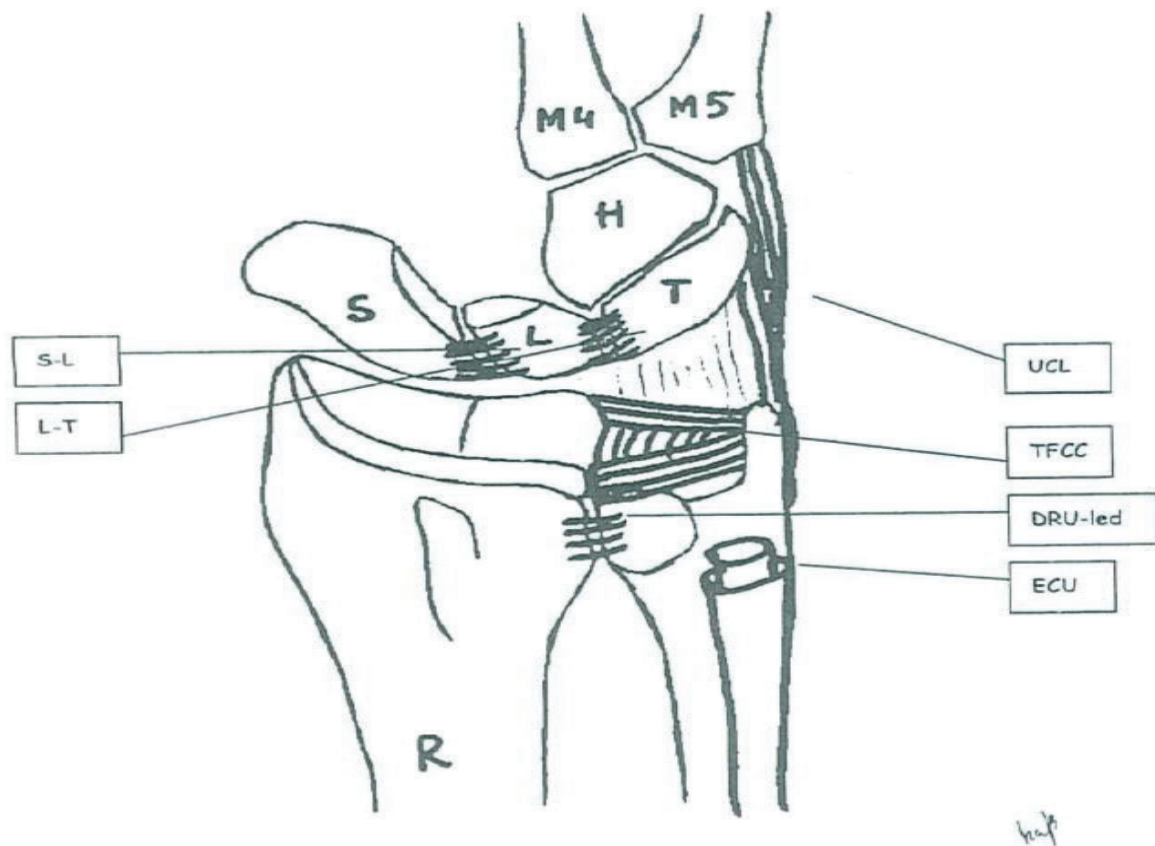


Fig. 1

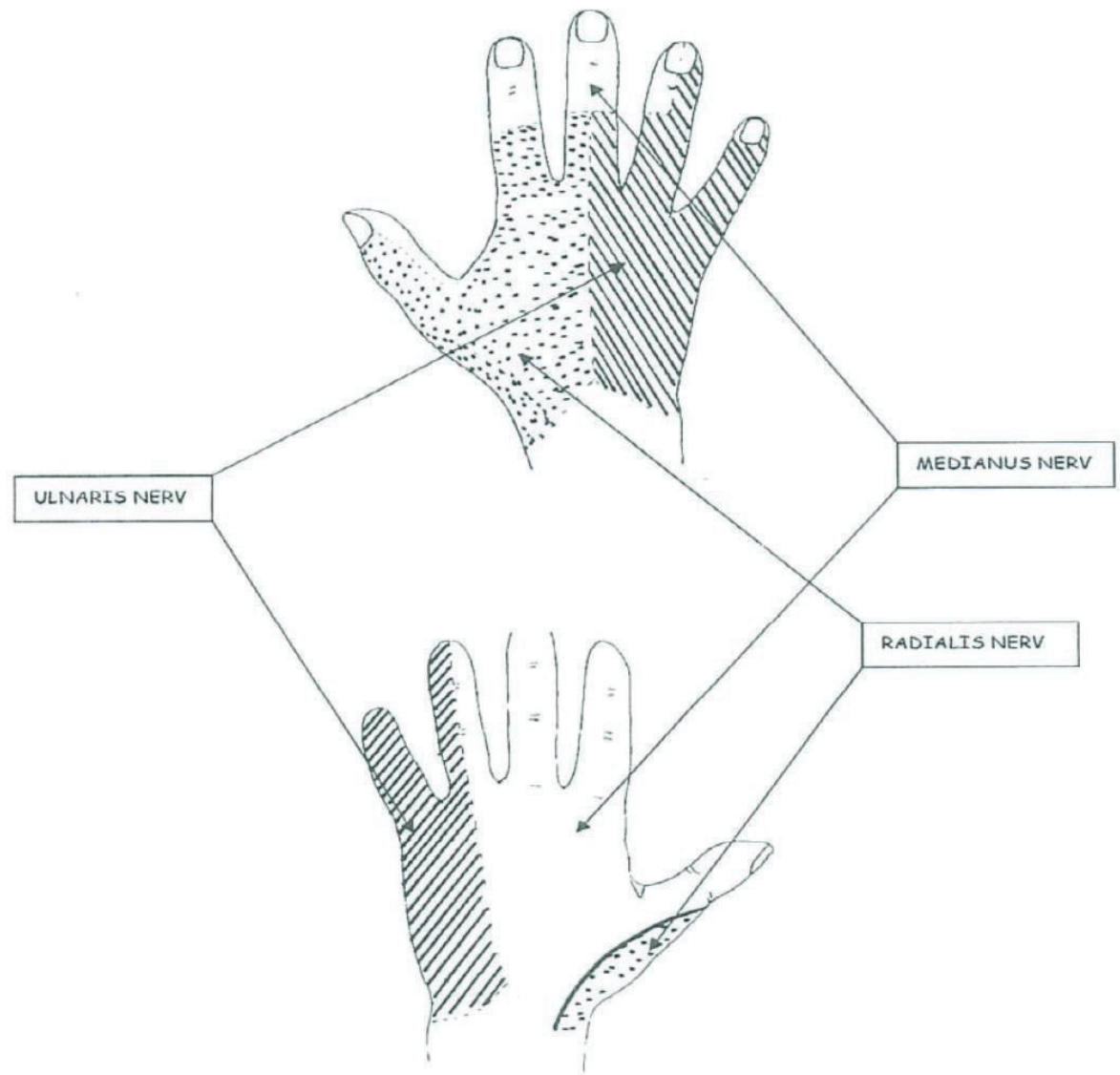
Handledens viktiga ligament



UCL	Ulnara karpalligamentet
TFCC	Triangular fibrocartilage complex
DRU	Distal radioulnarled
ECU	Extensor carpi ulnaris
S-L	Skafolunära ligament
L-T	Lunotriquetrala ligament

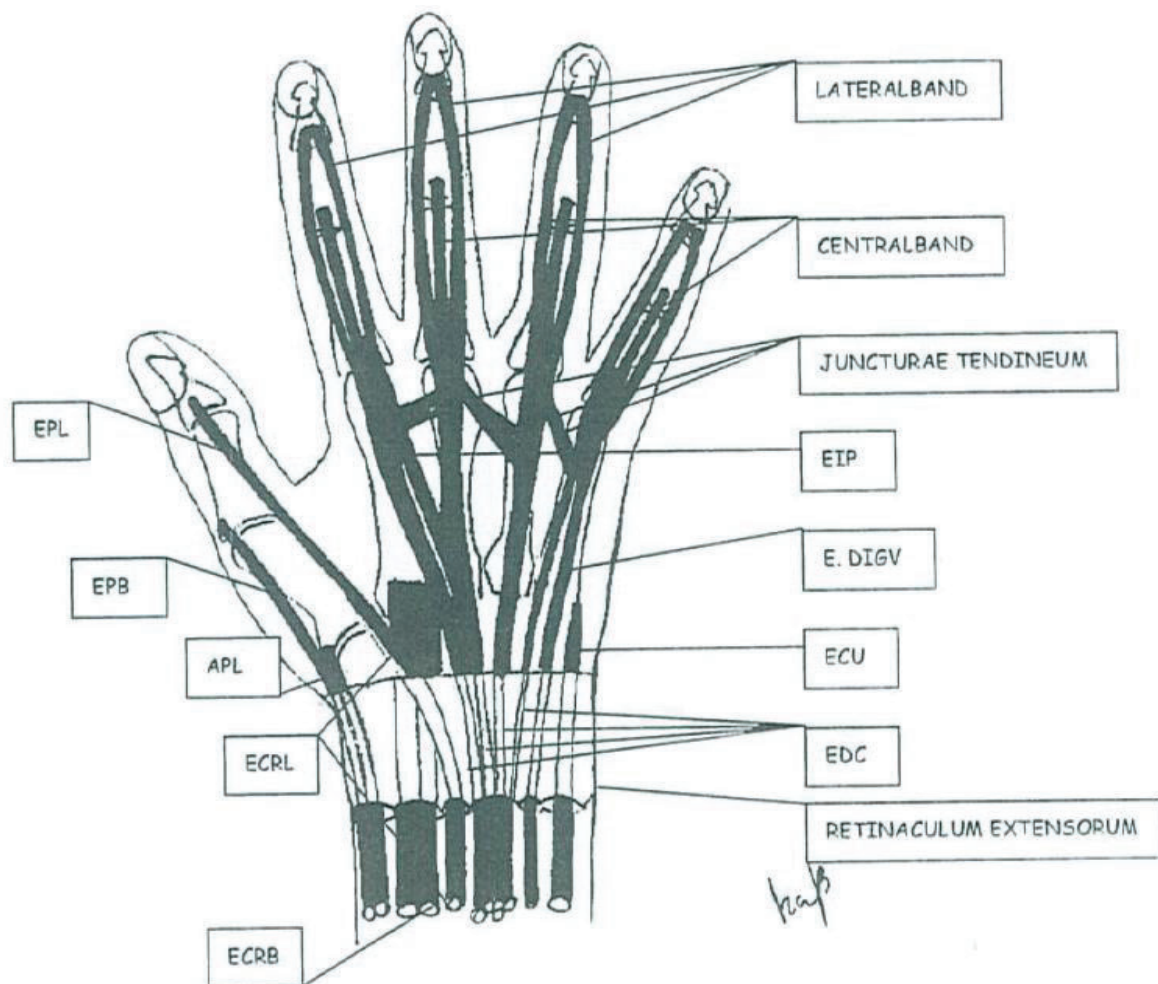
Sensorisk handinnervation

- Nervus medianus, ulnaris och radialis



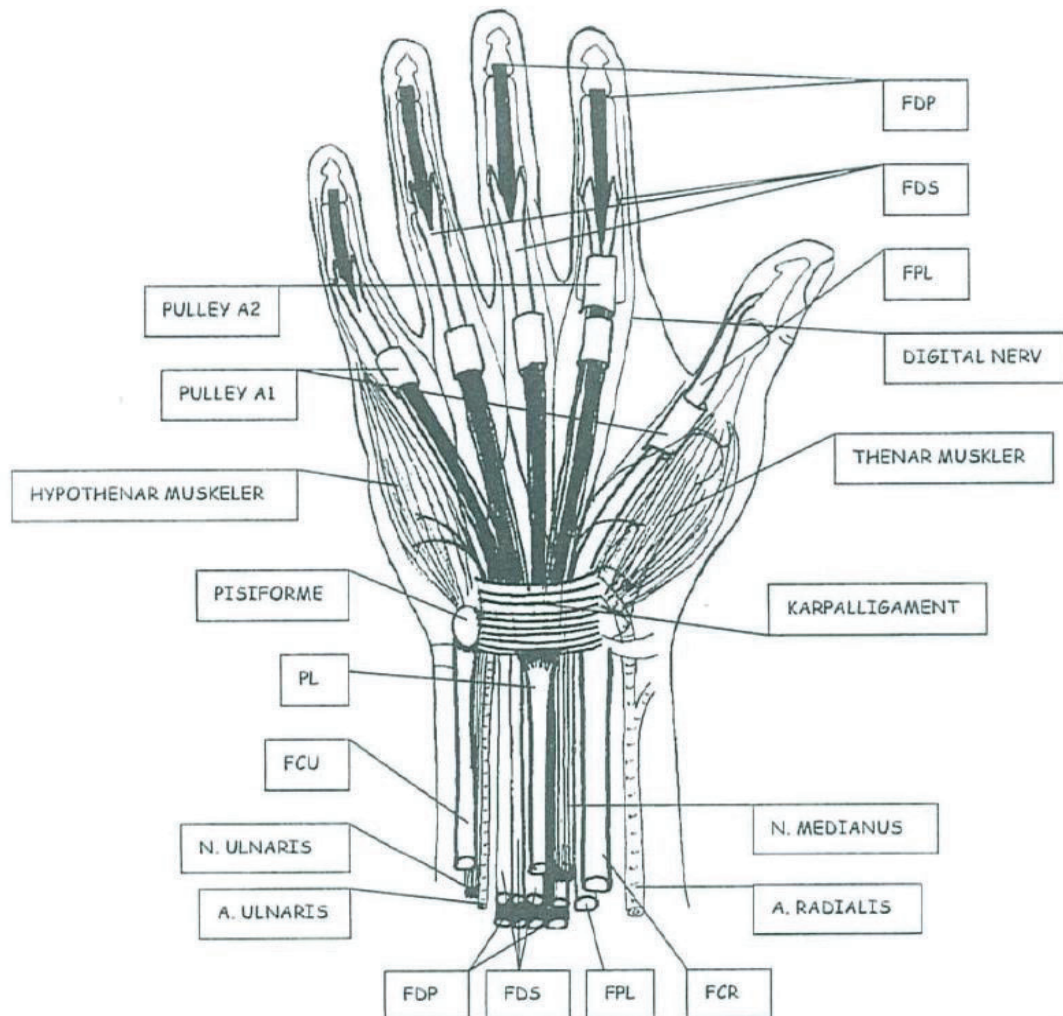
huf

Handens sträcksenor



EPL	Extensor pollicis longus
EPB	Extensor pollicis brevis
APL	Abduktor pollicis longus
ECRL	Extensor carpi radialis longus
ECRB	Extensor carpi radialis brevis
EIP	Extensor indicis proprius
E DIG V	Extensor digiti minimi
ECU	Extensor carpi ulnaris
EDC	Extensor digitorum communis

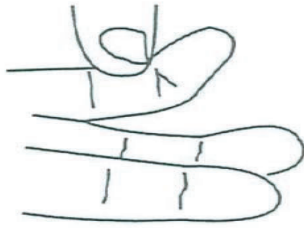
Handens böjsenor



huf

FDP	Flexor digitorum profundus
FDS	Flexor digitorum superficialis
FPL	Flexor pollicis longus
FCR	Flexor carpi radialis
FCU	Flexor carpi ulnaris
PL	Palmaris longus
Pulley	Struktur som håller senan intill skelettet

Undersökning av djupa och ytliga flexorsenan



Den **djupa** senan testas genom att man pressar ned det skadade fingrets mellanfalang mot underlaget samtidigt som man uppmanar patienten att böja fingertoppen (DIP-leden).



Den **ytliga** senan testas genom att man pressar ned de oskadade fingertopparna mot underlaget samtidigt som man uppmanar patienten att böja det skadade fingret i PIP-leden.

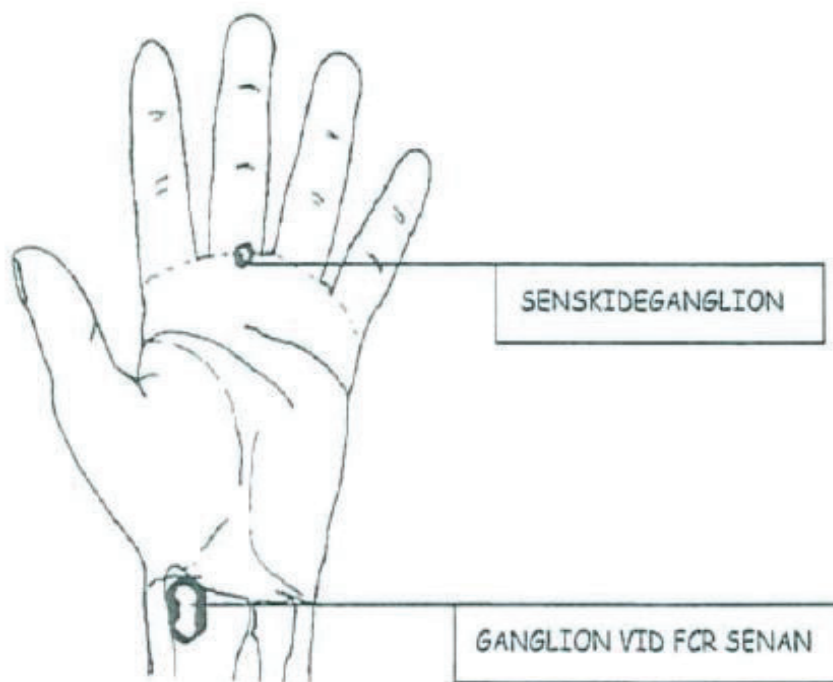
Kroniska handsjukdomar

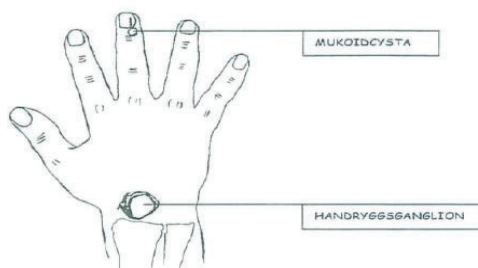
Ganglion

Ett ganglion utgörs av en vätskefylld cystisk bildning från ledhinna eller senskida som tros orsakas av mucoid degeneration som initieras av kronisk irritation eller trauma.

I handleden är den vanligaste lokaliseringen dorsalt på handryggen eller volart radiallyt kring flexor carpi radialis senan och radialisartären. Dessa kan bli mellan 10 och 50 mm och konsistensen kan variera.

På fingrarna utgår ganglierna från senskidorna oftast volart kring fingerbasen. Dessa är små, 2 - 5 mm, och hårda. Ganglion som sitter dorsalt vid dip-leder kallas för **mucoidcystor**. De beror på exostoser och kan orsaka en nageldeformation.





Symtom

Ganglierna kan vara smärtsamma samt palpationsömma. Vid lokalisation kring handleden kan detta leda till rörelseinskränkning i handleden.

Differentialdiagnostik

Maligna tumörer differentieras genom lamptest eller (om tillgänglig på VC) ultraljud. Vid misstanke om en solid tumör ska patienten remitteras till en ultraljudsundersökning och vid bekräftat solid tumör ska patienten remitteras till ortoped/handkirurg.

Behandling

Handledsganglion

I de flesta fall försvinner ganglierna och smärtan spontant efter ett par år och därför krävs ingen behandling. Den enda egentliga indikationen för behandling är estetiska bekymmer. Punktion endast i utvalda fall. Recidivfrekvensen är hög, uppåt 50 % även efter operation.

Vid punktion inget behov av lokalbedövning. Innehållet är trögflytande och man behöver en grov (rosa) punktionsnål för att kunna aspirera. Om man använder 10 - 20 ml spruta får man bättre sug. Efteråt behövs endast ett lättare tryckförband som patienten själv kan avlägsnas dagen efter. Endast dorsala handledsganglion är lämpliga för punktion.

Mucoidcystor

Vid besvär operativ behandling med kirurgisk excision.

Vid eventuellt behov av handledsortos och/eller ergonomisk rådgivning, kontakta arbetsterapeut i primärvården. Behandlingsriktlinje finns

<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20ganglion.pdf>

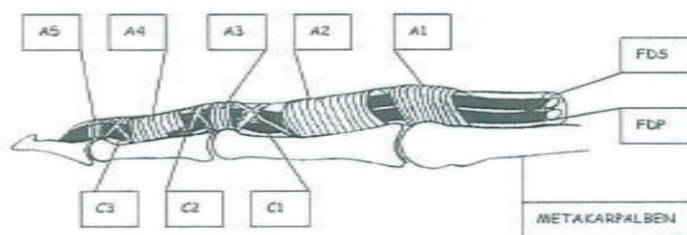
Remiss till ortopedkliniken

- patienter där ultraljud visar solid tumör
- ganglier som orsakar nerventrapment (i t ex Guyons kanal)
- besvärande mucoidcystor
- handledsganglion/fingerganglion ska *inte* remitteras

Triggerfinger

Triggerfinger (tendovaginitis stenosans, digitus saltans) är en inflammatorisk förändring av böjsena och peritendinös vävnad. Uppdrivningen på böjsenan orsakar ett mekaniskt hinder som förklaras av inkongruens mellan flexorsenans volym och utrymmet inom den mest proximala delen av senskidan. Här ligger första tvärgående fibrösa bandet, s k annularligament 1 (A1, "pulley").

Orsaken är oftast idiopatisk (repetitiv rörelse med överbelastning). Patienter med diabetes mellitus eller reumatoid artrit har likaså en ökad risk.



Böjsenans pulleysystem

Symtom

Lokal smärta i nivå med handflatans distala böjveck eller tummens grundled med eller utan låsningsfenomen.

Ibland framträder låsningsfenomen endast på morgonen. Vid försummade fall är fingret låst i böjt läge. Vissa patienter får bara ont om man trycker ovan på flexorsensskidan i handflatan och samtidigt ber patienten att böja finger/fingrar.

Behandling

Dessa patienter ska i första hand behandlas konservativt inom primärvård med kortisonspruta (v.g.se *Injektionsteknik på nästa sida*) och NSAID kurvis.

Vid eventuellt behov av ortos och/eller ergonomisk rådgivning, kontakta arbetsterapeut i primärvården. Behandlingsriktlinje finns

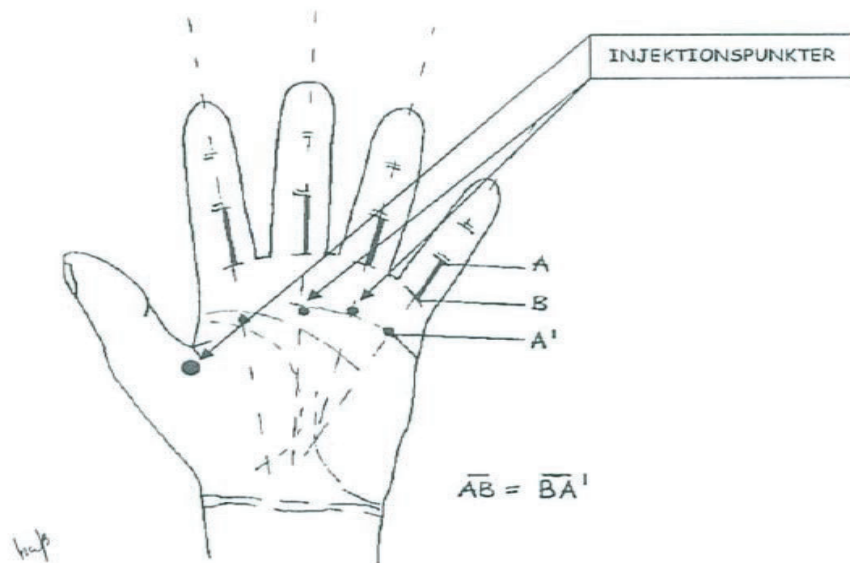
<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20triggerfinger.pdf>

Remiss till ortopedkliniken

När upprepade (x 2) kortisoninjektioner har misslyckats eller inte rekommenderas (t ex i vissa fall vid diabetes) kan operativ åtgärd tänkas.

Det är viktigt för oss att veta om patienten aktivt kan framkalla "trigger-fenomenet" vid bedömningen eller om diagnosen bygger mer på anamnestiska uppgifter, t ex lokal ömhet och intermitterent 'trigger-fenomen', t ex på morgnarna. Denna informationen ska framgå i remissen.

Injektionsteknik vid triggerfinger



Kortisonsprutan ges ovanför den ömmande senskidan. För att lokalisera injektionspunkten i dig 2 - 5, mät avståndet (AB) mellan MCP- och PIP-ledens böjveck och ta samma avstånd från MCP-ledens böjveck upp proximalt på handflatan (BA¹). I tummen ligger injektionspunkten vid MCP-ledens böjveck (se *bild*).

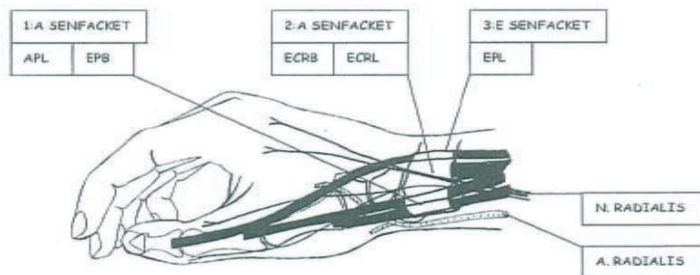
Kortisonet (t ex Depomedrol 40mg/ml med eller utan Lidocain; cirka 10–15mg per finger) sprutas i senskidan genom att man riktar en blå nål (23 G; 0,6 x 25 mm) 45° till hudytan. När man träffar första sprutmotståndet som utgörs av palmarfascian, fortsätter man ytterligare ett par mm tills sprutmotståndet minskar. Här deponeras kortisonet.

OBS! Man får inte injicera mot motstånd då injektion i själva senan kan orsaka ruptur. Att innehållet sprutas utanför senskidan är ej farligt och ger samma effekt som en injektion i senskidan. Vid motstånd under injektionen ska kanylen backas 1 – 2 mm tills motståndet släpper. Viktiga strukturer som nerver och artär ligger åt sidorna och risken att skada dem är liten om man valt rätt injektionspunkt.

Denna procedur kan upprepas efter cirka 6 veckor. Det kan ta några månader innan patienten blir besvärsfri.

De Quervains sjukdom

De Quervains sjukdom är en tendovaginit som engagerar första dorsala senfacket på handryggen. Den kan uppträda utan säker genes men ses ibland efter överbelastning t ex hos ammande kvinnor där tummen blir utsatt för en överbelastning under amningen.



Symtom

Patienten klagar över intensiv värk över första dorsala senfacket radialt dorsalt vid processus styloideus radii. Typiska besvär när man håller ur vattenkannen eller lyfta stekpannan.

Diagnostik

Typisk anamnes med positiv Finkelsteintest som sträcker drabbad senan.



Finkelsteintest : Passiv ulnardeviation av handleden med aducerad tumme utlöser kraftig värk (positiv Finkelstein test)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103758/#!po=43.7500>

Patient med artros i tummens grundled (CMC1-leds artros) kan ha liknande symptom varvid röntgen har sin plats för att skärpa diagnostiken.

Behandling

Dessa patienter ska behandlas konservativt inom primärvården med kortisoninjektion (v g s *Injektionsteknik vid De Quervains syndrom på nästa sida*) och NSAID.

Immobilisering sker med tumortos eller tumgipsskena upp till 3 veckor.

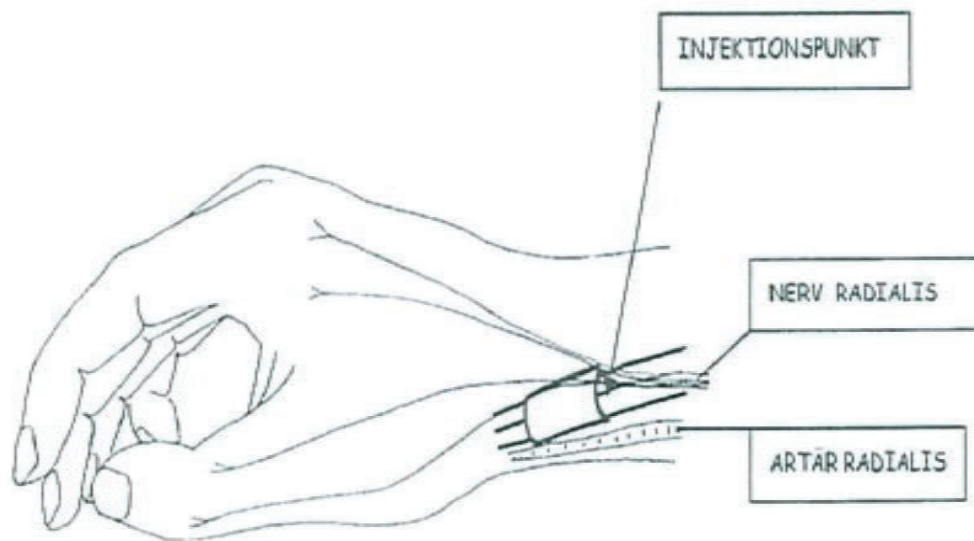
Vid behov av utprovning av ortos och/eller ergonomisk rådgivning, kontakta arbetsterapeut i primärvården. Behandlingsriktlinje finns:

<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20Mb%20de%20Quervain.pdf>

Remiss till ortopedkliniken

- vid täta recidiv och 2 - 3 genomförda kortisoninjektioner

Injektionsteknik vid De Quervains syndrom

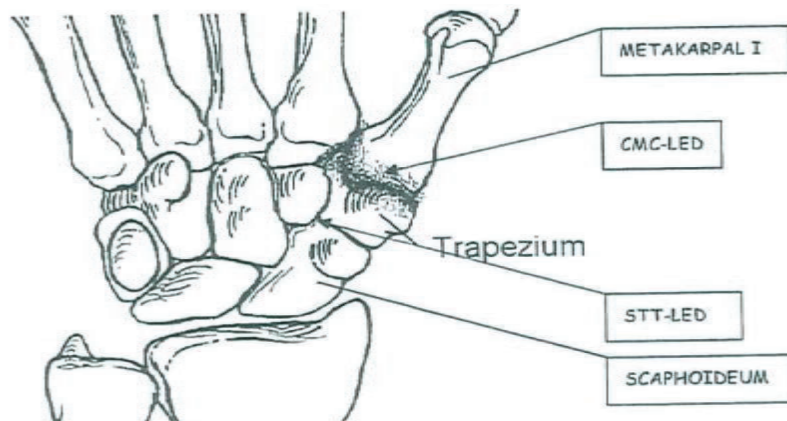


Injektionspunkten ligger 1 - 2 cm proximalt från styloideus radii, dorsalt från arteria radialis. Kortisonet (t ex Depomedrol 40mg/ml med eller utan Lidocain; 10-20 mg) sprutas i senfacket genom att man riktar en blå nål (23 G, 0,6 x 25 mm) 45 ° till hudytan. Man går genom senfacket som orsakar sprutmotståndet. Spruta när motståndet minskar, **aspirera** innan.

Tumbasartros

Symtom

Artros i tummens grundled (CMC-led) även kallad tumbasartros ger smärta vid tumrörelser. Detta orsakar smärta i tumbasen, lokal ömhet samt nedsatt kraft i pincettgreppet. Oftast ingår adduktionsfelställning (tummen vandra mot handflatan). Kvinnor drabbas oftare.



Diagnostik

Röntgenundersökning med specialbilder av CMC-led krävs för diagnos. Vanliga röntgenfynd är förtunnat ledbrusk, osteofyter, eventuell sublaxation av metakarpale I i CMC-leden.

Behandling

I tidiga stadier rekommenderas tumortos som kan provas ut av arbetsterapeut i primärvården inklusive ge information om ergonomiska principer för ledbesparande arbetsteknik, s k artrosskola. Behandlingsriktlinjer finns:

<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20tumbasartros.pdf>

Intraartikulär kortisoninjektion kan periodvis lindra besvären (v g s *Injektionsteknik vid tumbasartros på nästa sida*). NSAID vid behov och/eller som kur i 10 dagar.

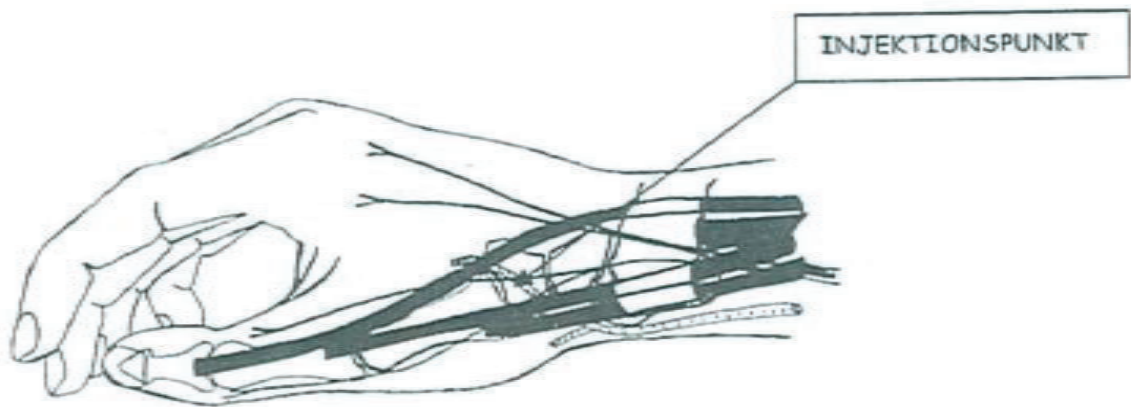
Remiss till ortopedkliniken

- långvariga smärtor
- fall där konservativ behandling inte visat effekt

Injektionsteknik vid tumbasartros

Injektionspunkten ligger i distala delen av fossa tabatière. Kortisonet sprutas intraartikulärt (t ex Depomedrol 40mg/ml med eller utan Lidocain) cirka 20 - 30 mg med en blå (23 G, 0,6 x 25 mm) nål som är riktad cirka 60 – 80° till hudytan.

Aspirera innan insprutning.



Karpaltunnelsyndrom (CTS)

CTS beror på ett kompressionstillstånd av medianusnerven i karpaltunneln. Detta orsakas av t ex tenosynovit, vätskeretention (graviditet) eller inskränkt utrymme efter fraktur i distala radius, kan dock även i många fall uppträda spontant.

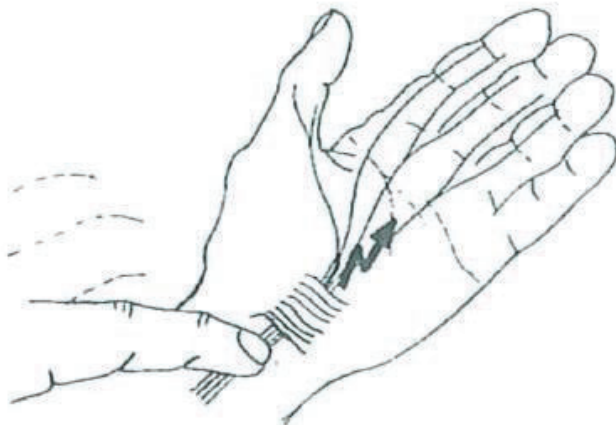
Symtom

I tidiga stadier kännetecknas CTS av nattliga parestesier och domningar i medianusinnerverade fingrar i handen (*vg s Anatomi –sensorisk Handinnervation*). Volarflexion av handleden nattetid kan bidra till att utlösa symtomen. I mer långt gångna stadier blir symtomen mer konstanta med nedsatt 2PD (2-punkts diskrimination) och tecken till atrofi i thenarmuskulaturen.

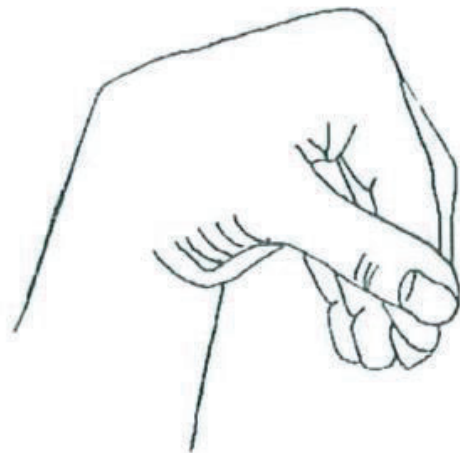
Diagnostik

En typisk anamnes med positiv Tinel's test och Phalens test räcker för diagnos. Undersökningen av 2PD, som kan genomföras med gem, utvärderar förmågan att åtskilja två punktförande tryck mot fingret. Vid testet ska fingret stödjas mot fast underlag. Normal 2PD i fingertopparna ska ligga mellan 2 och 5 mm. Jämför alltid med asymtomatiska sidan.

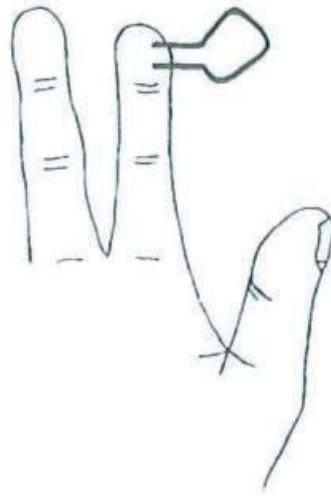
I tveksamma fall är EMG-undersökning indicerad för att bekräfta diagnosen och bedöma graden av kompression.



Tinel's test



Phalen's test



Undersökning av 2PD

Behandling

I tidiga stadier (oftast några månaders anamnes) räcker det med konservativ behandling med handledsstöd och NSAID. För utprovning av ortos och ergonomisk rådgivning kontaktas arbetsterapeut.

Behandlingsriktlinjer finns

<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20karpaltunnelsyndrom.pdf>

Remiss till ortopedkliniken

- efter minst 6 veckors behandling med handledsskena under nattetid utan större effekt.
- vid akut debut och akuta symtom.

Hög ulnariskompression

En irritations- eller kompressionstillstånd i nervus ulnaris på mediala sidan av armbågen kan orsakas av upprepande yttre trauma mot nerven t ex arbete med armbåge lutade mot bordet men även spontant utan känd etiologi.

Symtom

Typiska besvär är parestesier och domningskänsla ulnart på underarmen och i ulnarisinnerverat område i handflatan och fingrar. Dessutom kan patienten uppleva smärta ulnart i handen som strålar upp mot armbågens insida. Dessa besvär utlöses oftast av flexionställning i armbågsleden. T ex vid bilkörning, användning av mobiltelefon och liknande.

Ibland kan även en svaghet i böjfunktionen i ytterled dig 5 noteras.

Diagnostik

En typisk anamnes med positiv Tinels test över mediala humerusepikondylen. I tveksamma fall är EMG-undersökning indicerat för att bekräfta diagnosen och bedöma graden av kompression.

Behandling

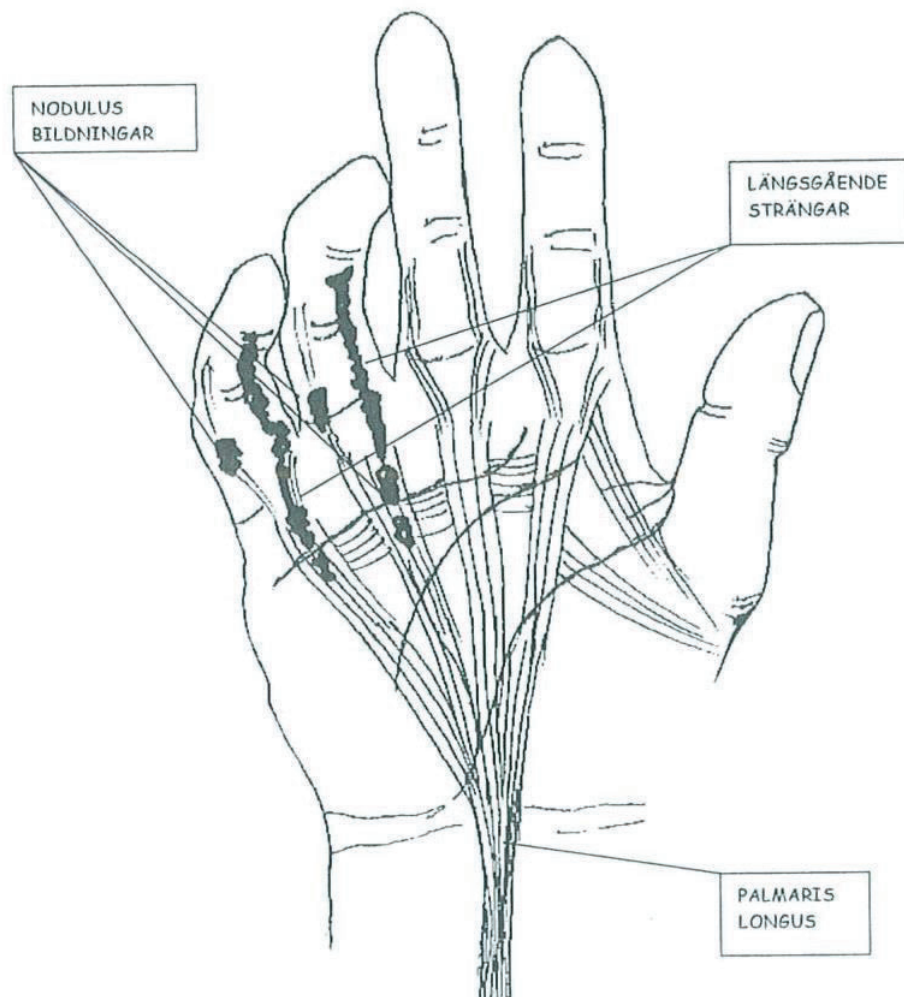
Många gånger har konservativ behandling med en armbågsortos som undviker sträckning och böjning som ske oftast omedvetet när patienten sover god effekt. Ortosen hjälper till att dämpa den lokala inflammatoriska processen runt nervus ulnaris. Vid behov kan även skenan användas dagtid i 3 - 4 veckor. Den ska tas bort för att rörelseträna armbågsleden dagligen. Remiss skrivs till arbetsterapeut och sjukgymnast i primärvården för utprovning av ortos och genomgång av rörelseträning/nervglidningsövningar.

Remiss till ortopedkliniken

- efter minst 6 veckor behandling med skena (nattetid och v b dagtid) och genomförd EMG-undersökning
- vid akut debut och akuta symtom

Dupuytren's kontraktur

Dupuytren's kontraktur eller "vikingasjuka" har ingen känd etiologi och orsak. Oftast drabbade är män i 40 - 60 årsåldern, i båda händerna och framför allt i lill- och ringfinger. Till en början finns enbart noduli i handflatan som kan vara ömmande men inte smärtsamma. Med långsam progress, leder ett låggradigt inflammatoriskt tillstånd i handens och fingrarnas palmaraponeuros till flexionskontrakturer. Underliggande böjsenor är inte berörda och flexionsförmåga i händerna brukar vara intakt.



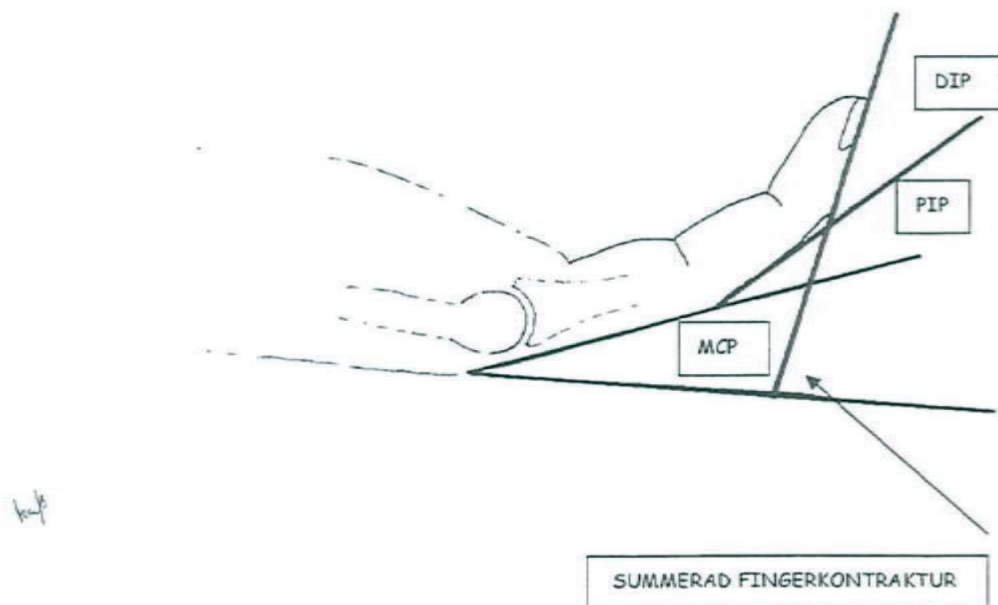
huf

Symtom

Förändringar sker långsamt och i skov. Huden i handflatan förtjockas och ibland bildas kryptor kring nodusbildningarna. Senare bildas längsgående strängar i handflatan som leder till minskad extensionförmåga.

Behandling

Vid besvärande flexionskontraktur rekommenderas åtgärd, vilket kräver remiss till ortopedkliniken.



Remiss till ortopedkliniken

- stora funktionella hinder (t ex svårt att få på sig arbetshandskar)
- mer än 30° extensionsdefekt i en av lederna

Remissen ska innehålla

- uppgifter om extensionsinskränkningen i MCP, PIP och DIP leder och i vilka fingrar (*se bild ovan*)

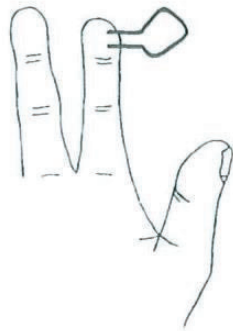
Akuta skador

Sen och nervskador

Oftast orsakad av skador med vassa föremål, t ex kniv, skärva eller stickskador.

Följande bör undersökas och tas ställning till

1. Behöver patienten antibiotikabehandling (förebyggande mot infektion)?
2. Behöver patienten skydd mot stelkramp?
3. Kan det finnas främmande kroppar kvar i såret?
4. Är nervfunktionen distalt om skadan intakt (undersök 2 PD)?



5. Är funktionen i sträck- och böjsenorna distalt om skadan intakt (se sida 11 undersökning av ytliga och djupa flexorsenan)?
6. Behöver såret rensas och sys?

Trauma mot fingerleder

Vid distorsioner i fingerlederna (MCP, PIP, DIP) vid t ex klassiskt volleybolltrauma eller skidåkarens tumskada, kan fingerledernas kollateralligament skadas.

Trauma mot dig 2-5

Symtom

Patienten har ont och svullnad kring leden samt nedsatt rörlighet.

Fingerleds kollateralligament



Diagnostik

Röntgenundersökning ska utföras i primärvården. Svaret visar ofta ingen skelettskada eller en mindre fraktur som motsvarar ligamentfästet.

Om fragmentet bara mäter några millimeter behandlas den som en distorsion. Om fragmentet är större behandlas frakturen som en intraartikulär fraktur vilket ofta kräver kirurgisk åtgärd av oss.



Behandling

För fingerleddsdistorsjoner där sidoinstabiliteten understiger 20° finns ingen operativ indikation. Immobilisering kan krävas vid mycket värk och svullnad, med hjälp av en liten viloskena under max 1 vecka. Därefter påbörjas rörelseträning med tvåfingerförband tills patienten är besvärsfri. Det tar som regel upp till sex månader och ibland även längre innan patienten är besvärsfri.

Oavsett grad av skada rekommenderas kontakt med arbetsterapeut i primärvården för råd och hjälp med rehabiliteringen. Behandlingsriktlinje finns för fingerfrakturer: <http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20fingerfraktur.pdf> och för PIP-ledsluxationer:

<http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20PIP-ledsluxation.pdf>



Tvåfingerförband

Remiss till ortopedkliniken

- intraartikulär fraktur med fragment som är en 1/3 del av ledytan
- klinisk instabilitet med misstänkt total ligamentruptur
- fortsatta besvär efter 12 månader

Trauma mot dig 1 Skidåkartumme – UCL skada i tummens MCP-led

Ligamentskador mot tummens MCP led är vanliga i samband med skidolyckor eller fall med cykel. Hyperabduktionsvåld eller hyperextensionstrauma kan leda till en partiell eller total ruptur av tummens UCL.

Symtom

Smärta och svullnad runt MCP-leden. Nedsatt kraft vid tumgrepp.

Diagnostik

Röntgen inriktad mot tummen. Palpation på ulnara sidan av MCP- leden och stabilitetstest av ligamentet ska genomföras.

Stabiliteten testas genom att passivt radialdeviera tummens grundfalang med samtidig fixation av metakarpalbenet. Detta bör testas i extenderad och lätt flekterad grundfalang (30°). Testa även på andra sidan för jämförelse.

Smärta, tydligt stopp

misstänkt partiell skada

Smärta, tydlig instabilitet/ökad spel

misstänkt total ruptur



Test av tummens ulnara kollateralligament

Behandling

Partiella rupturer med behållen stabilitet behandlas med gips/ortos i 4 – 5 veckor, därefter hjälp med mobilisering. Vid misstanke om total ruptur remiss för bedömning av en ortoped/handkirurg och i vissa fall även operativ åtgärd. Om ni har möjlighet till det, lägg på en tumskena. Det är viktigt att patienten träffar en arbetsterapeut/sjukgymnast för hjälp med mobilisering efter avgipsningen.

Remiss till ortopedkliniken

- akut skada med misstänkt total ruptur av UCL skada

Sträckseneruptur

Fall mot utsträckt finger. Svullnad och oförmåga att sträcka fingret i PIP- eller DIP-led.

Diagnostik och behandling

Röntgen	Behandling
Dip-leds nivå "Dropp-/Malletfinger" som är orsakad av subkutan EDC senruptur	"Malletskena" dorsalt om DIP-leden i 6 veckor dygnet runt. Sedan 6 veckor under nätterna Remiss skrivs till arbetsterapeut i primärvården. Behandlingsriktlinje finns: http://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR4897/publicerat/Dokument/12ce2e14-7fec-4883-864e-bf59a5a5e30b/Behandlingsriktlinje%20droppfinger.pdf
Pip-led nivå	Skickas till oss för bedömning av behov av operativ åtgärd

Remiss till ortopeden

- akut sträcksenskada i PIP-leds nivå
- uttalade besvär 6 månader efter konservativt behandlat droppfinger

Handledstrauma

Symtom

Efter handledstrauma söker patienten för ont i handleden vid rörelse och belastning. Den vanligaste smärtlokalisationen är kring radialis dorsala delen av handleden. Den kliniska undersökningen är ofta invändningsfri förutom palpations-ömhet samt mindre svullnad. Vid s k högenergitrauma (där t ex bilar, 4-hjulingar, snöskoter eller fall från hög höjd har varit orsaken till handledstrauma) behöver patienten en handkirurgisk bedömning för att kunna utesluta en ledbandsskada.

Diagnostik och behandling

Röntgen av handled och skafoideum ska utföras i primärvården. Om röntgen påvisar fraktur i skafoideum ska patienten remitteras till oss. Övriga frakturer t ex odilaterade distala radius frakturer behandlas enligt rutin av respektive vårdcentral. Vid behov kan man kontakta ortopedjouren vilket oftast ge svar och stöd i behandlingen så att det kan genomföras utan att belasta akutmottagningen

Om röntgen är negativ men patienten fortfarande har besvär ska patienten erhålla en avlastande ortos eller gipsskena i 3 - 4 veckor. För hjälp med rehabilitering (ortos och träning) rekommenderas remiss till arbetsterapeut i primärvården.

Remiss till Ortopedkliniken

- vid fraktur i skafoideum
- handledsbesvär efter högenergitrauma
- fortsatta besvär efter immobilisering, inklusive ny röntgen av skafoideum och handleden
- om radiologisk misstanke om ledbandsskada t ex vid ökat avstånd i DRU-leden eller SL-leden

Referenser

- 1) Text: MIO Hand VO ortopedi, Landstinget Gävleborg
samt Izabela Blaszczyk, Per Jernmalm, Norrlands Universitetssjukhus,
Handkirurgiska kliniken, Umeå
Illustrationer: Izabela Blaszczyk, Bertil Widenfalk.
- 2) Lundborg, Göran, Björkman , Anders. Handkirurgi. Studentlitteratur AB, 2015.